

**“GIOCA WELLNESS”
un progetto di Educazione Motoria e Sportiva nella Scuola Primaria”
a.s. 2010/2011**

RICHIESTA DATI DI PARTECIPAZIONE

Scuola / Istituto _____

Prot.n. _____

Data _____

Referente del progetto *	funzione	Telefono	e-mail

* che cura la compilazione della presente scheda

PER IL COORDINAMENTO DEL PROGETTO E' STATO ATTIVATO UN GRUPPO DI LAVORO COMPOSTO DA (compilare solo se previsto il gruppo di lavoro):

nome/cognome	Ente di appartenenza	Funzione

COMPOSIZIONE DELL'ISTITUTO

n° plessi						
	1^a	2^a	3^a	4^a	5^a	TOTALE
n° classi						
n° alunni						
n° docenti						

HANNO USUFRUITO DEL PROGETTO

n° plessi						
	1^a	2^a	3^a	4^a	5^a	TOTALE
n° classi coinvolte						
n° alunni coinvolti						
n° docenti coinvolti						

RISORSE PROFESSIONALI UTILIZZATE

Interne alla scuola	n°	Titolo professionale	ordine di scuola di servizio
Interne alla scuola	n°	Titolo professionale	ordine di scuola di servizio
Esterne alla scuola	n°	Titolo professionale	Ente di appartenenza
Esterne alla scuola	n°	Titolo professionale	Ente di appartenenza

(in caso di necessità, aggiungere righe)

TOTALE ORE PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' CONGIUNTE DOCENTE-CONSULENTE

(compilare solo se prevista)

	1 [^]	2 [^]	3 [^]	4 [^]	5 [^]	TOTALE
totale ore annuali per ciascuna classe	n° ore n° classi ...					
n° docenti coinvolti						
n° consulenti coinvolti						

Modalità organizzativa (specificare per es. se viene svolta per ciascuna classe separatamente, o per classi parallele, o altro)

RUOLO SVOLTO DAL DOCENTE DI CLASSE DURANTE LE ATTIVITA'

- Docenza
- Docenza in compresenza con il consulente
- Osservazione
- Sorveglianza
- altro (da specificare) _____

MODALITA' DELL'INTERVENTO DEL CONSULENTE

- Lezione frontale del consulente
- Lezione frontale dell'insegnante abbinate a ore di programmazione comune
- Lezione frontale del consulente abbinate a ore di programmazione comune
- Compresenza del consulente durante la lezione dell'insegnante
- altro (da specificare) _____

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	TOTALE
totale ore annuali per ciascuna classe	n° ore n° classi ...					
totale ore settimanali per ciascuna classe	n° ore n° classi ...					

Specificare la frequenza *(indicare il numero di classi)*

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Cadenza settimanale					
Cadenza quindicinali					
Cadenza mensili					
Altro (da specificare)					

LE ATTIVITA' SONO SVOLTE IN ORARIO (croccettare l'organizzazione attuata)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	TOTALE
Obbligatorio						
Opzionale/facoltativo						
Extracurricolare						

Il DOCENTE - al termine o durante l'attività con il consulente - ha svolto lezioni con la propria classe

Sì n° docenti _____ No n° docenti _____

Altro (specificare) _____

Al termine del progetto, I DOCENTI HANNO ACQUISITO LE SEGUENTI COMPETENZE

Autonomia nella programmazione Sì n° docenti _____ No n° docenti _____

Autonomia operativa in palestra Sì n° docenti _____ No n° docenti _____

Altro (specificare) _____

In futuro i docenti proporranno autonomamente analoghe attività alle rispettive classi?

Sì n° docenti _____

No n° docenti _____

VALUTAZIONE QUALITATIVA DELL'EFFICACIA DEL PROGETTO

Firma del referente del progetto

timbro
istituto

Firma Dirigente Scolastico
